

別記

第1号様式

高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金(自立支援教育訓練給付金)  
受講対象講座指定申請書

平成 年 月 日

高知県知事

様

申請者氏名

印

次の教育訓練を受講したいので、私の受講する自立支援教育訓練給付金の対象講座の指定を申請します。

①氏名 (個人番号)	フリガナ -----	生年月日	昭・平 年 月 日生 ( 歳)
	個人番号		
②住所	(〒 - )	電話( ) -	
③児童扶養手当受給の有無	有・無	受給者番号	担当者 氏名 印
④教育訓練施設の住所及び名称			
⑤教育訓練講座の名称			
⑥教育訓練の期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (受講開始日) (受講修了予定日)		
⑦所要費用(予定)	入学料 円、受講料 円 合計 円		
⑧公共職業安定所の一般教育訓練給付金受給資格の有無	受講開始日現在において雇用保険制度の一般教育訓練給付金の受給資格が ある・ない		
⑨過去の受給の有無	過去に自立支援教育訓練給付金を受けたことが ある・ない		
(母子・父子自立支援員又は福祉保健所の担当職員の見解)			
担当母子・父子自立支援員	氏名	印	受理番号
福祉保健所 職	氏名	印	

高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金(自立支援教育訓練給付金)  
受講対象講座指定通知書

		指定番号	
①氏名	フリガナ -----	生年月日	昭・平 年 月 日生 ( 歳)
②住所	(〒 - )	電話( )	-
③教育訓練施設の名称			
④教育訓練講座の名称			
⑤教育訓練の期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (受講開始日) (受講修了予定日)		
⑥所要費用(予定)	入学料 円、受講料 円 合計 円		
※			

先にあなたから提出がありました平成 年 月 日付けの自立支援教育訓練給付金受講対象講座指定(変更)申請書を審査した結果、上記のとおり指定したので、通知します。

平成 年 月 日

高知県知事

16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族に関する申立書

平成 年 月 日

高知県知事 様

申請者氏名 印

私の所得税法上の扶養親族のうち、前年（請求日が1月から7月までの間にある場合は、前々年）の12月31日において年齢が16歳以上19歳未満であった者について、以下のとおり申し立てます。

16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族						
1	フリガナ		続柄		生年月日	平成 年 月 日
	氏名					
	個人番号		住所（別居の場合）			
2	フリガナ		続柄		生年月日	平成 年 月 日
	氏名					
	個人番号		住所（別居の場合）			
3	フリガナ		続柄		生年月日	平成 年 月 日
	氏名					
	個人番号		住所（別居の場合）			
4	フリガナ		続柄		生年月日	平成 年 月 日
	氏名					
	個人番号		住所（別居の場合）			

【添付書類】

- ・16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の所得証明書

【注意事項】

- ・この申立書は、高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金（自立支援教育訓練給付金）の支給を受けようとする者に、前年（申請日が1月から7月までの間にある場合は、前々年）の12月31日（年の途中で死亡した場合には、その死亡の日）において年齢が16歳以上19歳未満の所得税法上の扶養親族がいる場合に、その扶養親族の氏名や、当該給付金の支給を受けようとする者との続柄等をご記入いただくものです。
- ・所得税法上の扶養親族とは、前年（申請日が1月から7月までの間にある場合は、前々年）の12月31日（年の途中で死亡した場合には、その死亡した日）において、次のいずれにも該当する方です。
  - ① 配偶者以外の親族（6親等内の血族及び3親等内の姻族をいいます。）又は都道府県知事から養育を委託された児童（いわゆる里子）や市町村長から養護を委託された老人である
  - ② あなたと生計を一にしている
  - ③ 前年（申請日が1月から7月までの間にある場合は、前々年）の所得税法上の合計所得金額が38万円以下
  - ④ 青色申告書の事業専従者として給与の支払いを受けていない又は白色申告書の事業専従者でない

高知県ひとり親家庭自立支援事業費補助金(自立支援教育訓練給付金)  
受講対象講座変更申請書

平成 年 月 日

高知県知事 様

申請者氏名 印

平成 年 月 日付けで指定を受けた受講対象講座の内容を変更したいので、次のとおり申請します。

①氏名	フリガナ	生年月日	昭・平
	-----		年 月 日生 ( 歳)
②住所	(〒 - )		電話( ) -
③指定を受けた内容			
・教育訓練施設の住所及び名称			
・教育訓練講座の名称			
・教育訓練の期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (受講開始日) (受講修了予定日)		
・所定費用(予定)			
④変更する内容			
・教育訓練施設の住所及び名称			
・教育訓練講座の名称			
・教育訓練の期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (受講開始日) (受講修了予定日)		
・所定費用(予定)			
(母子・父子自立支援員又は福祉保健所の担当職員の見解)			
担当母子・父子自立支援員氏名		印	受理番号
福祉保健所職 氏名		印	